



Taller de Habilidades Sociales en adolescentes
con Síndrome de Turner. Estudio de caso
múltiple pre-post

Autor: María José Fernández Matador

Tutor: Graciela Isabel Suárez Fuenmayor

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

ÍNDICE

Introducción.....	4
Método	9
Diseño Del Estudio.....	9
Participantes.....	10
Presentación del caso	16
Identificación del Paciente	16
Motivo de Consulta	17
Antecedentes	17
Historia Clínica del Problema.....	17
Resultados	20
Resultados Cuestionarios Pre-Test.....	20
Resultados Observacionales	22
Eficacia e Implementación de la Intervención	26
Discusión.....	27
Referencias.....	31
Anexos	35

Resumen

El Síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico no hereditario que afecta únicamente a mujeres, es producido por la falta total o parcial de uno de los dos cromosomas X femeninos. A su vez, el ST está asociado a dificultades cognitivas y socioemocionales. Es por ello, por lo que el objetivo principal de este estudio fue diseñar, implementar y evaluar la eficacia de un taller de Habilidades Sociales en adolescentes con Síndrome de Turner entre 14 y 17 años. La metodología fue un estudio de caso múltiple (N=2). La intervención está compuesta por un total de 8 sesiones temáticas, incluyendo una sesión inicial y final de evaluación. Se emplearon evaluaciones cuantitativas y cualitativas en áreas como las habilidades sociales, la cognición social, la autoestima general y corporal. Debido a la baja adherencia al tratamiento, se tuvo que interrumpir el estudio a mitad de las sesiones, y esto limitó la posibilidad de obtener conclusiones determinantes. Se discuten posibles futuras intervenciones.

Palabras Clave: Síndrome de Turner, Adolescencia, Habilidades Sociales, Programa Grupal, Autoestima.

Abstract

Turner syndrome (TS) is a non-inherited chromosomal disorder that affects only females, caused by the complete or partial absence of one of the two female X chromosomes. TS is associated with cognitive and socio-emotional difficulties. Therefore, the main objective of this study was to design, implement, and evaluate the effectiveness of a Social Skills workshop for adolescents with Turner syndrome between 14 and 17 years of age. The methodology was a multiple case study (N=2). The intervention consisted of a total of 8 thematic sessions, including an initial and final evaluation session. Quantitative and qualitative assessments were used in areas such as social skills, social cognition, and general and body self-esteem. Due to low adherence to the treatment, the study had to be interrupted midway through the sessions, which limited the possibility of drawing definitive conclusions. Possible future interventions are discussed.

Key Words: Turner Syndrome, Adolescence, Social Skills, Group Program, Self-Esteem.

Introducción

El síndrome de Turner (ST), descrito en 1938 por el endocrinólogo de Estados Unidos, Henry Turner, es un trastorno cromosómico que afecta únicamente a mujeres, se presenta en 1 de cada 2500 nacimientos de niñas vivas y es producido por la falta total o parcial de uno de los dos cromosomas X femeninos (American Psychological Association, 2018; Cui et al., 2018). Esta alteración incluye disgenesia gonadal (inadecuado desarrollo o ausencia de características sexuales primarias y secundarias), lo que da lugar a alteraciones en la función reproductiva como infertilidad o amenorrea. Asimismo, suele acompañarse de rasgos físicos como una estatura baja, cuello palmeado y tórax ancho, entre otros (Powell y Snapp, 2005). Aunque su origen es genético, no es hereditario, es decir, surge de forma espontánea debido a errores durante la división celular en las fases tempranas del desarrollo embrionario (American Psychological Association, 2018).

Esta condición no solo implica características físicas específicas, sino también un conjunto de vulnerabilidades que pueden afectar a la adaptación emocional y social. Entre los aspectos más relevantes resaltan la existencia de un perfil neurocognitivo particular, con fortalezas en el lenguaje, pero dificultades visoespaciales, en la función ejecutiva y en el procesamiento social, que puede condicionar la vida cotidiana de estas mujeres (Hong et al., 2011; Sybert y McCauley, 2004). En este contexto, a pesar de que muchas mujeres con síndrome de Turner pueden llevar una vida autónoma e independiente, las características cognitivas, emocionales y físicas especiales del síndrome, siguen afectando significativamente su desarrollo socioemocional. Esto repercute en la capacidad para relacionarse con los demás y en la calidad de los vínculos que forman a lo largo de sus vidas (Sartori y López, 2016). Hay una creciente evidencia de problemas en la función social, en comparación con lo normo típico: las mujeres con síndrome de Turner presentan niveles más altos de ansiedad, depresión, mala imagen corporal, baja autoestima y una disminución en la autopercepción de la competencia social (Hong et al., 2011).

Además, Hong et al. (2011) señalan que las alteraciones en el funcionamiento social observadas en personas con síndrome de Turner presentan similitudes con las descritas en el Trastorno del Espectro Autista (TEA), especialmente en lo relativo a las dificultades para establecer interacciones sociales ajustadas, interpretar adecuadamente las señales sociales y la presencia de intereses restringidos.

La adolescencia se considera una etapa de transición, la fase del ciclo de crecimiento que indica el final de la niñez y anticipa la adultez (Sartori et al., 2010). Conforme las niñas se aproximan a la etapa adolescente, comienzan a manifestarse problemas en la interacción social, especialmente en la relación con sus iguales (Sartori et al., 2013). Se considera una etapa de riesgo, en la que se generan cambios en la forma del cuerpo, al tiempo que los jóvenes se enfrentan a presiones socioculturales para llegar al ideal corporal (Beltrán-Garrayo et al., 2023). Es un periodo donde se forman las bases más estables de la personalidad y la identidad se encuentra en plena fluctuación, jugando la autoestima un papel crucial en el desarrollo personal (Minev et al., 2018; Sartori et al., 2010). El tránsito de la infancia a la adolescencia constituye una etapa de profundos cambios que influyen de manera directa en el desarrollo social; dichos cambios pueden dar lugar a dificultades añadidas cuando no se dispone de factores de protección adecuados, tales como un autoconcepto positivo, apoyo social suficiente y habilidades sociales bien desarrolladas, que permitan amortiguar su impacto (Sartori et al., 2013).

En un estudio sobre niñas y adolescentes con ST, se ha encontrado que tienen peor autoestima y autoconcepto, y muestran un peor desempeño social en comparación con sus iguales, teniendo problemas significativos en la interpretación de las señales sociales, en la reciprocidad social y en la comprensión de intenciones ajenas (Hong et al., 2011). En consecuencia, potenciar el desarrollo de las habilidades sociales durante la etapa de la adolescencia puede ser una herramienta clave para promover el bienestar en contextos escolares y familiares. Además, ayuda a facilitar relaciones sociales más positivas y, como resultado, una mejor adaptación y desarrollo más saludable (Sartori et al., 2013). En la infancia es difícil observar este déficit, ya que las dificultades de aprendizaje pueden ocultar estos problemas sociales, sin embargo, en la adolescencia estas tienden a volverse más claras, con efectos que pueden extenderse hasta la vida adulta (Sartori y López, 2016).

Por otro lado, las personas con este síndrome presentan una insuficiencia de estrógenos que implica la interrupción del desarrollo puberal, lo que conlleva habitualmente la instauración de tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos (Cui et al., 2018). Aunque los tratamientos médicos, como la hormona del crecimiento y la terapia de reemplazo estrogénico, contribuyen a la mejora de los síntomas físicos, su impacto sobre el bienestar emocional y social resulta limitado si no se integran dentro de un modelo psicosocial sólido. En este sentido, muchas de las dificultades que persisten a pesar de la intervención médica están relacionadas

con el funcionamiento social. Para favorecer un desarrollo óptimo a largo plazo, resulta fundamental un diagnóstico precoz, una atención multidisciplinaria y la implementación de programas que aborden de manera específica las necesidades psicológicas y emocionales de estas adolescentes, con el fin de promover una mayor calidad de vida (Stoynova et al., 2025).

La variable central del presente estudio, por tanto, son las habilidades sociales (HHSS), un conjunto de conductas aprendidas que permiten a las personas interactuar de manera eficaz y apropiada en un entorno social determinado (American Psychological Association, 2018). También definidas como el conjunto de comportamientos desplegados por una persona en un contexto interpersonal para manifestar sus emociones, derechos, actitudes o deseos de manera apropiada a la situación, teniendo en cuenta los mismos comportamientos en los demás (Caballo, 2007). Estas habilidades incluyen la comunicación y la amistad, la asertividad, las habilidades de afrontamiento, la capacidad de regular los propios pensamientos, emociones y comportamientos, así como la habilidad para resolver conflictos interpersonales (American Psychological Association, 2018). Las dimensiones más básicas que engloban a las habilidades sociales contemplan: la capacidad de decir no, la capacidad de pedir favores y hacer peticiones, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, y la capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones (Caballo, 2007).

Las HHSS resultan de gran importancia en esta población, puesto que presentan diferencias significativas con sus pares sin esta condición, especialmente en el reconocimiento de afectos, la comunicación, la consciencia y la motivación social (Jordan et al., 2023). Asimismo, las particularidades físicas y psicológicas que manifiestan las mujeres con síndrome de Turner pueden comprometer la calidad de la vida social y la integración funcional de sus interacciones interpersonales (Sartori et al., 2013).

Otra de las áreas afectadas es la teoría de la mente (Jordan et al., 2023). Ésta es definida como la capacidad de interpretar, explicar y predecir tanto nuestras propias conductas como las de los demás, atribuyendo estados mentales a otras personas y a uno mismo (Zilber, 2017). Este fenómeno contribuye al funcionamiento y desarrollo social de los individuos, ya que, para interactuar de manera efectiva, las personas deben ser capaces de anticipar y dirigir sus acciones según las intenciones de los demás (Aguilar et al., 2016). Los resultados obtenidos por Aguilar et al. (2016) indicaron que las mujeres con síndrome de Turner presentaron puntuaciones significativamente inferiores al grupo control en la capacidad para inferir estados mentales, lo que sugiere la presencia de déficits en los procesos de cognición social.

Además de las competencias interpersonales, resulta relevante considerar otras variables intrapersonales que inciden directamente en la forma en la que las adolescentes interactúan con su entorno. La autoestima es el conjunto de pensamientos y emociones que una persona tiene acerca de su propio valor y relevancia; es un elemento del autoconcepto, una valoración global, ya sea positiva o negativa de uno mismo. Los individuos valoran su imagen personal en base a la retroalimentación recibida individualmente y a los datos obtenidos de la interacción social mientras desempeñan diferentes roles sociales (Martín-Albo et al., 2007).

Por ello, la intervención en la autoestima en jóvenes con síndrome de Turner resulta necesaria debido a la vulnerabilidad en este aspecto. Con el fin de prevenir la aparición de cuadros de ansiedad o retraimiento, y promover una integración social saludable, se hace preciso reforzar la percepción personal de esta población (Sartori et al., 2010), ya que presentan muchos desafíos en la socialización que puede afectar a su autoestima (Hong et al., 2011). Asimismo, un autoconcepto positivo se erigiría como un factor protector, favoreciendo el desarrollo y la consolidación de los vínculos sociales (Sartori et al., 2013).

De igual modo, resulta necesario considerar una dimensión más específica, la autoestima corporal, la cual hace referencia a la valoración que una persona realiza sobre su propio cuerpo o apariencia física (Mendelson et al., 2001). Cuando se alcanza la pubertad, emerge de forma evidente y prominente otra característica del síndrome de Turner: la disgenesia gonadal (Sartori et al., 2010). Esta alteración implica la ausencia de los cambios sexuales secundarios propios de este periodo, como el desarrollo uterino, el estirón puberal y el crecimiento mamario, debido a la falta de ovarios funcionales. En este contexto, se ha señalado que la baja estatura, característica frecuente del síndrome, puede afectar negativamente al desarrollo social y a la autoestima, efectos que tienden a acentuarse e intensificarse con el inicio de la adolescencia (Sartori et al., 2010).

Desde una perspectiva de género, el ST afecta a características que son valoradas por la sociedad para el rol de las mujeres (apariencia física, desarrollo puberal y fertilidad), por lo que estas adolescentes suelen ser más críticas que sus pares respecto a su apariencia (Sartori et al., 2010). Asimismo, se han hallado vínculos fuertes y significativos entre la autoestima general y las autoevaluaciones de la apariencia física (Mendelson et al., 1997). Por lo tanto, la autoestima corporal es una variable relevante a trabajar en adolescentes con ST ya que, como se ha citado anteriormente, esta población presenta una imagen corporal negativa de sí mismas (Hong et al., 2011).

La mayoría de las intervenciones en el trabajo de la sintomatología psicosocial en niñas y mujeres con TS han sido de naturaleza cognitivo-conductual (Goldstein y Reynolds, 2005). Los objetivos de intervención suelen enfocarse en aumentar la frecuencia de las interacciones sociales, potenciar y mejorar las habilidades sociales y disminuir respuestas inapropiadas como comportamientos agresivos. Para ello se utiliza una variedad de estrategias como entrenamiento en resolución de problemas sociales, entrenamiento para regular y expresar adecuadamente la ira, asesoramiento y ensayo conductual, pudiendo aplicarse tanto en modalidad grupal como individual (Goldstein y Reynolds, 2005).

Se destaca la escasez de programas psicológicos dirigidos a mejorar el ajuste socioemocional en estas niñas con ST, lo que refuerza la necesidad de implementar intervenciones que aborden estas carencias (Stoynova et al., 2025). Tal como se ha señalado previamente, las dificultades que presentan las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) guardan similitudes con diversos rasgos de la configuración sociocognitiva del Síndrome de Turner (Wolstencroft y Skuse, 2019). En particular, los déficits observados en el ámbito social en las personas con Síndrome de Turner son comparables a los descritos en el TEA, incluyendo dificultades en la interacción social adecuada, en el procesamiento e interpretación de las señales sociales y la presencia de intereses restringidos (Hong et al., 2011).

Dado que la literatura científica sobre programas de intervención en habilidades sociales específicos para la población con Síndrome de Turner es escasa, resulta necesario apoyarse en modelos de intervención previamente validados en poblaciones de adultos jóvenes con desafíos socio-comunicativos similares. En este sentido, un estudio de viabilidad llevado a cabo por Norman et al. (2025) evaluó la implementación del programa PEERS en niñas y adolescentes con Síndrome de Turner residentes en Inglaterra, mostrando que dicha intervención era viable, altamente aceptada y con potencial para optimizar los resultados e indicadores del funcionamiento social, destacando un progreso notable en el procesamiento de información social y en la autonomía para la gestión de redes de apoyo.

El programa PEERS (*Program for the Education and Enrichment of Relational Skills*) es una intervención basada en el enfoque cognitivo-conductual, diseñada para desarrollar habilidades que faciliten el establecimiento y mantenimiento de relaciones de amistad, así como el aprendizaje de estrategias eficaces para afrontar situaciones de conflicto, rechazo o incompreensión entre iguales (Laugeson, 2013). Diversos estudios han evidenciado resultados significativos en la mejora de múltiples dominios del funcionamiento social en adolescentes

con TEA de alto funcionamiento (Laugeson et al., 2012). Asimismo, el programa PEERS ha sido extensamente aplicado en la práctica clínica con adolescentes y adultos jóvenes con TEA, y ha mostrado resultados prometedores en otras poblaciones, como adolescentes con Discapacidad Intelectual (DI), Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal y Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDHA) (Laugeson, 2013). Estos hallazgos respaldan la idoneidad de adaptar e implementar ese modelo de intervención en adolescentes con Síndrome de Turner.

Considerando las dificultades documentadas en esta población, el objetivo de esta investigación consiste en analizar los cambios observados en las habilidades sociales tras la aplicación de un programa grupal de habilidades sociales específicamente adaptado para adolescentes con Síndrome de Turner. El propósito es mostrar cómo un abordaje psicoeducativo puede ofrecer recursos y herramientas para enfrentar las dificultades psicosociales que presenta esta población en concreto. De manera específica se:

- a. Analizará los cambios pre-post observados en habilidades sociales, autoestima general y corporal de las adolescentes.
- b. Explorará los cambios observados a nivel conductual y socioemocional durante el desarrollo de las sesiones.
- c. Evaluará el grado de satisfacción con el programa.

Método

Diseño Del Estudio

Se llevó a cabo un estudio de caso múltiple N=2 pre-post. La intervención consistió en un programa estructurado de habilidades sociales, aplicado en modalidad grupal, compuesto por 8 sesiones temáticas, incluyendo una sesión inicial y final de evaluación. Se emplearon métodos de evaluación cuantitativas y cualitativas para analizar los cambios individuales en áreas como las habilidades sociales, la cognición social, la autoestima general y corporal. Cada sesión incluyó dinámicas psicoeducativas, actividades de expresión emocional y entrenamiento en habilidades sociales adaptadas al perfil cognitivo y emocional de esta población.

La recogida de datos se llevó a cabo antes y después de la intervención mediante cuestionarios validados en población adolescente. La participación fue voluntaria y se informó

a las familias y a las participantes sobre los objetivos del estudio, procedimientos y confidencialidad.

Participantes

La muestra inicial del estudio la conformaban 4 mujeres adolescentes de entre 14 y 17 años, pero a lo largo de las sesiones, la muestra final se redujo a 2 adolescentes, ambas con el diagnóstico de Síndrome de Turner. Las participantes fueron reclutadas mediante un muestreo no probabilístico de tipo de bola de nieve, facilitado a través de la Asociación Síndrome de Turner Madrid, por un convenio que se estableció en 2024 entre la Asociación de Síndrome de Turner de Madrid y la Unidad Clínica de Psicología (UNINPSI).

Como criterios de inclusión se consideró haber sido diagnosticada de Síndrome de Turner, edad entre 14 y 17 años y tener capacidad para participar en sesiones grupales y completar los cuestionarios con ayuda mínima.

Variables E Instrumentos

Sociodemográfico y Evaluaciones Previas. En la primera fase del estudio se le pidió a la asociación que nos faciliten los datos sociodemográficos de las usuarias. Previo al taller, se les realizó una evaluación neuropsicológica llevada a cabo por Marta Olivera Aymerich (Nº colegiada: M-34550), psicóloga y especialista en neuropsicología clínica. Esta evaluación es parte de la colaboración con la Asociación Síndrome de Turner Madrid, pero no fue tomada en cuenta para nuestra intervención.

Autoestima. Se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) en la versión validada al español para adolescentes por Solera et al. (2024). Esta escala mide la valoración global que las personas hacen de sí mismas, incluyendo sentimientos de autovalía, autocuidado y apreciación personal. El instrumento está compuesto por 10 ítems, formulados tanto en sentido positivo como negativo, y se responde mediante una escala tipo likert de 4 opciones de respuesta (1-Muy en desacuerdo, 4-Muy de acuerdo). Demuestra un coeficiente de reproducibilidad en la escala de Guttman de .92, lo que indica consistencia interna muy buena. La fiabilidad test-retest, evaluada a lo largo de un período de 2 semanas, presenta correlaciones de .85 y .88, lo que evidencia una alta estabilidad (Rosenberg, 1965).

Autoestima Corporal. Se administró la Body Esteem scale for Adolescents and Adults-Versión abreviada (BESAA-S), desarrollada y validada al español por Beltrán-Garrayo et al. (2023). Esta escala mide la satisfacción y valoración que la persona hace sobre su propio cuerpo. Consta de 14 ítems, agrupados en 3 dimensiones: apariencia corporal, peso corporal y atribución social del cuerpo. Se emplea una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta (0-Nunca, 4-Siempre). Tiene buena consistencia interna, con alfas entre .75 y .88, y una alta estabilidad temporal con coeficiente test-retest entre .80 y .89.

HHSS. Se empleó la Escala de Desarrollo Socioemocional y del Carácter (SECDS), desarrollada y validada al español y en población adolescentes por Martínez-Yarza et al. (2025). Esta escala incluye 25 ítems con 5 opciones de respuestas tipo Likert (0- Totalmente en desacuerdo, 4- Totalmente de acuerdo). Presenta un coeficiente de consistencia interna superior a 0,70, con alfas de Cronbach entre .71 y .83.

Medidas Observacionales. Se usaron medidas observacionales para medir también las HHSS, se empleó los indicadores de Caballo (2007) divididos en: componentes no verbales (mirada, latencia de la respuesta, sonrisas, gestos, expresión facial, posturas, distancia/proximidad...) componentes paralingüísticos (tono de voz, volumen, claridad, velocidad, tiempo de habla, fluidez del habla...) componentes verbales (preguntas, razones, explicaciones, iniciar la conversación...) y componentes mixtos (afecto, conducta positiva espontánea, escoger el momento apropiado, saber escuchar...).

Al finalizar el programa se administró un cuestionario de satisfacción elaborado ad hoc. Este instrumento recogió la valoración subjetiva de las adolescentes sobre la utilidad percibida del taller, la comprensibilidad de los contenidos, el nivel de comodidad que han tenido, si las profesionales han cumplido en todo momento con las sesiones y aspectos importantes a destacar o mejorar.

Diseño de Intervención

Teniendo en cuenta los riesgos psicosociales a los que se enfrenta esta población, las directrices actuales recomiendan la implementación de intervenciones orientadas al fortalecimiento de la autoestima y al desarrollo óptimo de las competencias sociales (Hutaff-Lee et al., 2019). En este trabajo se ha intervenido específicamente con adolescentes con síndrome de Turner, dado que los déficits en las habilidades sociales, aunque se manifiestan desde la infancia, tienden a intensificarse durante la adolescencia, etapa en la que aumenta la

complejidad de las interacciones sociales (Norman et al., 2025; Wolstencroft y Skuse, 2019). Esta situación incrementa el riesgo de aislamiento y retraimiento social fuera del entorno familiar (Wolstencroft et al., 2020). Por ello, las adolescentes con Síndrome de Turner requieren espacios seguros que les permitan ejercitar sus destrezas sociales, así como mejorar su comprensión social y su autoconfianza a través de la interacción grupal (Wolstencroft et al., 2020).

Hasta el momento se han llevado a cabo solo algunas intervenciones psicológicas con el objetivo de optimizar la función cognitiva en el síndrome de Turner y son escasas las que se han enfocado específicamente en fortalecer las competencias sociales (Wolstencroft y Skuse, 2019). Las intervenciones no se han estandarizado, ni se han aplicado programas fundamentados en la evidencia y sería necesario corregir estas carencias (Wolstencroft y Skuse, 2019). Además, las recientes guías clínicas para el síndrome de Turner (ST) sugieren un programa de capacitación en habilidades sociales como parte de la intervención preventiva (Wolstencroft et al., 2020). Christopoulos et al. (2008) refieren que la implementación a tiempo de programas conductuales para optimizar las habilidades de socialización puede ayudar a que estas niñas desarrollen amistades más satisfactorias.

La mayoría de las intervenciones en el trabajo de la sintomatología psicosocial en niñas y mujeres con ST ha sido de naturaleza cognitivo-conductual (Goldstein y Reynolds, 2005). Por lo tanto, la intervención diseñada se fundamenta en el enfoque cognitivo-conductual y en programas de entrenamiento en habilidades sociales basados en la evidencia. Los objetivos de intervención suelen enfocarse en aumentar la frecuencia de las interacciones sociales, potenciar y mejorar las habilidades sociales y disminuir respuestas inapropiadas como comportamientos agresivos. Para ello se utiliza una variedad de estrategias como entrenamiento en resolución de problemas sociales, entrenamiento para regular y expresar adecuadamente la ira, asesoramiento y ensayo conductual, pudiendo aplicarse tanto en modalidad grupal como individual (Goldstein y Reynolds, 2005). Mejorar la falta de confianza y fomentar la iniciación social se definen como objetivos prioritarios en el diseño de futuras intervenciones en habilidades sociales (Wolstencroft et al., 2020).

Las intervenciones de entrenamiento de habilidades sociales como el Programa PEERS, han mostrado ser efectivas para mejorar las capacidades sociales en personas con TEA, TDAH, ansiedad y depresión según contundentes evidencias de ensayos controlados aleatorios internacionales (Norman et al., 2025). Wolstencroft y Skuse (2019) señalan que la

implementación de PEERS es un requerimiento explícito en las pautas más recientes sobre el tratamiento del ST. Asimismo, un estudio de viabilidad realizado en 2021 evaluó la implementación del programa PEERS en niñas y adolescentes con ST residentes en Inglaterra siendo altamente aceptado (Norman et al., 2025).

Por todo lo anterior, se desarrolló el siguiente programa:

Las variables principales que se midieron en este estudio fueron las habilidades sociales, la autoestima general y la autoestima corporal. Se utilizaron evaluaciones cuantitativas y cualitativas (observaciones del comportamiento en el contexto terapéutico) para analizar los cambios. Para cada una de estas variables se utilizaron instrumentos psicométricos validados y estandarizados. Todos los instrumentos fueron breves y adecuados para este tipo de población, asimismo, se adaptaron empleando modelos visuales de respuesta que facilitaran la comprensión de las opciones.

El programa de intervención se compone de ocho sesiones grupales, con una sesión inicial de presentación y evaluación (Sesión 1) y una sesión final de cierre y pos-test (Sesión 8). Cada sesión tiene una duración aproximada de 90 minutos y sigue un formato estructurado que combina actividades psicoeducativas, dinámicas participativas y momentos de reflexión grupal. Se emplearon recursos y materiales obtenidos de plataformas digitales para facilitar el desarrollo de las dinámicas. A continuación, se detalla el contenido general de cada sesión.

Tabla 1*Diseño del programa*

Sesión	Contenido principal	Objetivos claves
1	¡Nos conocemos!	Introducir el grupo y el formato de trabajo, evaluación pretest
2	¿Qué es esto que siento? ¿Por qué me siento así?	Identificar emociones, comprender cambios emocionales en esta etapa
3	Definición de amistad, importancia de la amistad y límites	Reconocer la función del apoyo social y la necesidad de vinculación. Diferenciar tipos de relación y establecer límites saludables
4	Habilidades sociales básicas + Teoría de la Mente	Mejorar comunicación, perspectiva del otro y habilidades interpersonales
5	Dónde iniciar amistades	Aprender estrategias para comenzar nuevas relaciones
6	Redes sociales y comparación social	Fomentar uso saludable de redes y reducir impacto negativo
7	Mantener amistades + planificación social	Consolidar habilidades aprendidas y practicar organización de planes
8	Pos-test + cierre	Evaluar progreso y recoger aprendizajes finales

Sesión 1. ¡Nos conocemos! (9/01/2026). En esta primera sesión se administrarán los instrumentos de evaluación pre-test. Para evitar la fatiga y sobrecarga, y favorecer la participación, la administración de los cuestionarios se alternará con actividades breves de presentación y primer contacto entre las participantes. Se trabajará una dinámica inicial con el objetivo de promover la interacción, utilizando preguntas sencillas como: "¿Qué puedo preguntar cuando conozco a alguien por primera vez?". El propósito principal es que las participantes se familiaricen con el grupo, el taller y el entorno de trabajo.

Sesión 2. ¿Qué es esto que siento? ¿Por qué me siento así? (23/01/2026). En esta sesión se abordará el reconocimiento de emociones básicas y cómo su expresión e intensidad pueden cambiar a lo largo de la adolescencia. Se introducirá la idea de que emociones como la ansiedad y la vergüenza pueden aumentar en este periodo vital. Se emplearán apoyos visuales como ejemplos presentes en medios audiovisuales (escenas de Inside Out 2) para facilitar la comprensión. Una de las dinámicas que se llevará a cabo será "El radar de la vergüenza" donde

tendrán que situar diversas situaciones cotidianas en un radar y dependiendo de la vergüenza que les generen ubicarlas más cerca o más alejado de este. Las actividades incluirán la identificación emocional en situaciones cotidianas y discusión grupal acerca de cambios comunes que ocurren durante la adolescencia.

Sesión 3. ¿Por qué necesitamos amigos? Funciones del apoyo social (6/02/2026). Se profundizará en el concepto de amistad, se abordará la importancia de las relaciones de amistad en la adolescencia: apoyo emocional, acompañamiento, sentido de pertenencia, regulación emocional. Se invitará a las participantes a pensar en situaciones concretas en las que el apoyo social es importante. Se explorará que actitudes y comportamientos definen una relación de confianza y cómo distinguir amistades cercanas de relaciones más superficiales. Se realizará la dinámica del "círculo social", en la que cada participante ubicará a personas significativas según su cercanía emocional, y se reflexionará sobre los distintos tipos de relación y los límites adecuados en cada una: qué información compartir, con quién y en qué situaciones. También se llevará a cabo la dinámica de "La flor de la amistad" en la que las participantes tendrán que poner dentro de cada pétalo características de una amistad saludable (confianza, apoyo, honestidad, respeto, diversión...).

Sesión 4. Habilidades Sociales Básicas y Teoría de la Mente (27/02/2026). Esta sesión se enfocará en el desarrollo de habilidades sociales fundamentales, incorporando elementos de la teoría de la mente. Se trabajará como identificar pensamientos propios, y a partir de ellos, inferir posibles intenciones, emociones o pensamientos de los demás. Se emplearán dinámicas de role-playing donde las participantes representarán breves situaciones sociales. Se llevará a cabo la dinámica "El mundo de los detectives" enfocada en identificar intenciones, emociones y pensamientos de otros mediante las señales sociales y el contexto. Y la dinámica "Historias sociales" basada en el análisis y resolución de circunstancias sociales del día a día a través de preguntas guiadas y role-playing. Esto les permitirá practicar la perspectiva del otro, la comunicación clara, la escucha activa y la interpretación de señales sociales.

Sesión 5. Dónde y cómo iniciar nuevas amistades (13/03/2026). El objetivo de la sesión será explorar los contextos en los que pueden surgir nuevas interacciones sociales (colegio, entornos digitales, actividades extraescolares, grupos de ocio, etc.). Se abordarán estrategias específicas para iniciar una conversación o presentarse correctamente. A través de ejemplos guiados, se entrenarán frases iniciales, preguntas abiertas y comportamientos facilitadores para comenzar una amistad.

Sesión 6. Entornos digitales, comparación social y redes sociales (10/04/2026).

Sesión dedicada exclusivamente a la interacción online. Se abordará el impacto de las redes sociales, en particular el efecto de la comparación social y la influencia de los estándares estéticos y de éxito. Se analizarán situaciones habituales en redes (presión social, mensajes ambiguos, expectativas poco realistas y malentendidos) y se proporcionarán estrategias para un uso saludable y seguro del ámbito digital. Se promoverá la reflexión crítica acerca de los contenidos consumidos y bienestar emocional.

Sesión 7. Cómo mantener amistades y planificación social (17/04/2026).

En esta sesión se incorporarán habilidades ya trabajadas: comunicación, límites, empatía y toma de perspectiva. Se abordará cómo mantener amistades a lo largo del tiempo, mostrar interés por el otro, proponer actividades y planificar encuentros. Se trabajará de forma guiada cómo organizar un plan o una reunión teniendo en cuenta los intereses de todos, el tiempo, los acuerdos y la comunicación previa.

Sesión 8. Cierre y evaluación post-test (8/05/2026).

En esta última sesión se administrarán los cuestionarios correspondientes al post-test. Además, se llevará a cabo una actividad final en la que cada una de las participantes podrá compartir qué aprendizajes se lleva del taller. La sesión se orienta al refuerzo positivo y a consolidar la motivación para aplicar las habilidades aprendidas en la vida diaria.

Presentación del caso

Identificación del Paciente

Caso 1

María (nombre figurado) es una chica de 15 años, hija única que convive con su madre y su padre. Esta cursando actualmente 4º de la ESO en un colegio privado-concertado y no ha repetido ningún curso. Los padres indican que se lleva bien con todos los miembros de la familia, pero es un poco retraída y prefiere estar sola.

Caso 2

Laura (nombre figurado) es una chica de 15 años, convive con sus padres y su hermano menor de 10 años. Esta cursando 3º de la ESO en un colegio público, no ha repetido ningún curso, pero tiene adaptación curricular (diversificación). La familia describe un entorno

familiar estable y afectivo. Describen a Laura como cariñosa, tímida, con baja autoestima y una marcada necesidad de aprobación.

Motivo de Consulta

María (Caso 1) y Laura (Caso 2) son derivadas a evaluación neuropsicológica a través de la Asociación Síndrome de Turner de Madrid, gracias al convenio firmado con la Universidad Pontificia de Comillas. Uno de los objetivos de la relación entre las entidades, es estudiar el perfil neuropsicológico de las niñas con Síndrome de Turner. Después de dicha evaluación y ver sus puntos fuertes y débiles tanto a nivel cognitivo como social, se le da la oportunidad de participar en el presente programa de Habilidades Sociales, al que acuden voluntariamente.

Antecedentes

La siguiente información proviene de las evaluaciones neuropsicológicas realizadas previamente, las cuales proporcionan datos claves sobre el perfil físico, cognitivo, social y emocional de las pacientes.

Caso 1

María tiene Síndrome de Turner (cariotipo 0X). Derivado del síndrome, tiene talla baja, se encuentra en tratamiento con hormona de crecimiento, tiene válvula aórtica engrosada normofuncionante, riñón en herradura y sufrió de otitis de repetición, aunque éstas no han dejado secuelas. Ha tenido cefaleas, para las cuales recibe actualmente tratamiento farmacológico con topiramato.

Caso 2

Laura tiene síndrome de Turner, nació con genitales ambiguos que posteriormente tuvieron que estudiarle, y al año, hacerle intervención quirúrgica. Durante la primera infancia, presentó otitis de repetición, lo que derivó en una pérdida auditiva a largo plazo. Aunque se realizó una intervención quirúrgica de colocación de drenajes timpánicos, en la actualidad requiere el uso de audífonos. En el momento actual, presenta miopía.

Historia Clínica del Problema

Caso 1: María

En el ámbito cognitivo, se aprecian problemas de atención, planificación y organización de tareas. Asimismo, existen dificultades en la velocidad de procesamiento para llevar a cabo actividades escolares, así como problemas para comprender dobles sentidos e ironías en el lenguaje. Además, su madre refiere que tiene “obsesiones”, es decir, pasa épocas largas con intereses restringidos en ciertos temas, como por ejemplo la serie El Juego del Calamar y Eurovisión. Los padres también indican que le cuesta mucho adaptarse a los cambios de planes o en su rutina.

En el área social, desde los cuatro o cinco años, ha experimentado obstáculos para entablar relaciones interpersonales y mostrar empatía, lo que se ha hecho evidente tanto en el entorno familiar, como en el escolar y actividades extracurriculares. Dichos retos sociales han tenido una repercusión significativa en su adaptación a los distintos ámbitos de su vida, afectando su capacidad para establecer lazos de amistad y desenvolverse con comodidad en situaciones grupales. Además, los padres describen situaciones en las que se hace evidente que María entiende el lenguaje de manera literal y a su vez se expresa de manera literal, lo que da lugar a malentendidos. La madre añade, que tiende a expresarse en un tono de voz monótono y a usar poca comunicación no verbal, especialmente siendo neutra en sus expresiones faciales, lo que hace muy difícil para los demás saber cómo se siente o qué está pensando.

En relación con el área sensorial, María es selectiva con la comida, teniendo en cuenta el color, el sabor y la textura, y refiere que muchos tipos de alimentos le producen rechazo. Además, la madre indica que no regula adecuadamente la sensación de dolor, así como la regulación de la temperatura, se abriga cuando hace calor y viste en manga corta cuando hace frío.

En la evaluación neuropsicológica se administró el SENA y se observó que todos los informantes coinciden en que la paciente presenta un bajo nivel de recursos personales, lo que incluye dificultades en habilidades sociales, autonomía y regulación emocional. Asimismo, tanto la familia como la escuela observan un marcado aislamiento social, señalando que pasa la mayoría de los recreos sola y carece de amistades íntimas.

La evaluación concluye que María presenta signos compatibles con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno del espectro autista (TEA).

Caso 2: Laura

En el área cognitiva, los padres refieren dificultades persistentes en el razonamiento abstracto y lentitud en la realización de las actividades. Asimismo, señalan problemas en la comprensión de conceptos abstractos y en tareas que exigen manipulación mental de la información, especialmente en el ámbito matemático.

En el área social, la familia describe dificultades en la comprensión del lenguaje no literal, incluyendo dobles sentidos, ironías y expresiones figuradas, lo que puede generar malentendidos en la interacción cotidiana. Además, refieren dificultades para establecer y mantener relaciones de amistad, junto con una marcada autoexigencia, miedo a las relaciones interpersonales y tendencia a evitar los conflictos. Este patrón ha estado presente a lo largo de su desarrollo y ha tenido un impacto significativo en su adaptación social. Mantiene relación con un par de compañeras de un curso inferior, aunque estas interacciones se limitan principalmente al contexto escolar y no se extienden fuera del instituto.

En la evaluación neuropsicológica se administró el SENA y se observó desde la perspectiva de la familia, la presencia de rigidez cognitiva, así como riesgo en ansiedad, aislamiento social y dificultades en competencia social. La información aportada por el colegio refuerza esta interpretación, es decir, señalan riesgo de ansiedad y problemas de aprendizaje. Asimismo, se describen dificultades en el ámbito social, indicando que algunos compañeros no se relacionan de manera adecuada con ella y que, en determinadas situaciones, puede quedarse sola.

En el autoinforme del SENA, Laura no refiere dificultades clínicamente relevantes, situando sus respuestas dentro de rangos normativos. Esta discrepancia entre la percepción de la adolescente y la de los adultos sugiere una conciencia parcial de sus propias dificultades, especialmente en el ámbito socioemocional.

Durante la entrevista clínica con la neuropsicóloga, refiere que en años anteriores sufrió situaciones de acoso escolar, pero señala que en la actualidad la situación ha mejorado y que se siente más integrada.

En resumen, el perfil socioemocional de Laura se caracteriza por la presencia de ansiedad y rigidez, junto con dificultades en la competencia social, con impacto en el ámbito escolar y relacional.

Resultados

Resultados Cuestionarios Pre-Test

El planteamiento inicial de este estudio fue utilizar una prueba no paramétrica para medidas relacionadas para comparar las puntuaciones en los momentos de evaluación pretest y pos-test. Este análisis permitiría determinar si se han producido cambios significativos en las variables de autoestima general, autoestima corporal y habilidades sociales tras la intervención. Por motivos de ausencia de las participantes no se pudo llevar a cabo la evaluación post-test del tratamiento, únicamente pudieron realizarse las primeras 4 sesiones del programa.

María (caso 1) tuvo una puntuación de 17 puntos en la Escala de Autoestima de Rosenberg, lo que indica una autoestima baja (véase Tabla 3), reflejando una percepción negativa de sí misma. En la escala de Habilidades Sociales alcanzó una puntuación de 79, lo que lo clasifica en unas habilidades sociales excelentes (véase Tabla 4). Sin embargo, cabe añadir que durante las sesiones del estudio no se observaron conductas propias de dicho nivel. En cuanto a la autoestima corporal, la participante obtuvo 17 puntos, lo que se traduce en una autoestima corporal muy baja (véase Tabla 5). En conjunto, el perfil de María muestra una autoestima global y corporal marcadamente negativa, que no se ve compensada por sus habilidades sociales autopercebidas.

En cuanto a Laura (caso 2), en la Escala de Autoestima de Rosenberg, puntuó 40 puntos, lo que indica una autoestima muy alta. Por otro lado, en la Escala de Habilidades Sociales tuvo una puntuación de 38 puntos, lo que la sitúa en un nivel bajo de habilidades sociales. En el cuestionario de autoestima corporal Laura obtuvo 43 puntos, lo que se traduce en una autoestima corporal alta. El perfil de Laura presenta una autoestima global y corporal positiva, pero con ciertas dificultades en las habilidades sociales.

Tabla 2*Resumen de cuestionarios evaluados (Pre-Test)*

	Autoestima (RSES)		Habilidades sociales (SECDS)		Autoestima corporal (BESAA-S)	
	Puntuación	Interpretación	Puntuación	Interpretación	Puntuación	Interpretación
Caso 1	17/40	Baja	79/100	Alta	17/56	Muy Baja
Caso 2	40/40	Excelente	38/100	Baja	43/56	Alta

Nota. Resultados obtenidos a partir de los instrumentos aplicados en la fase de evaluación inicial.

Tabla 3*Interpretación Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)*

Rango de puntuación	Interpretación
30–40	Autoestima alta
26–29	Autoestima media
≤25	Autoestima baja

Tabla 4*Interpretación Escala de Desarrollo Socioemocional y del Carácter (SECDS)*

Rango (0–100)	Interpretación
0–25	Nivel Muy Bajo (Déficit importante en competencias socioemocionales)
26–50	Nivel Bajo (Habilidades básicas, dificultades frecuentes en gestión emocional y social)
51–75	Nivel Medio-Alto (Buen desarrollo del carácter y habilidades sociales)
76–100	Nivel Excelente (Liderazgo, alto autocontrol y empatía sólida)

Tabla 5*Body Esteem scale for Adolescents and Adults- Versión abreviada (BESAA-S)*

Caso	Total (0–56)	% Satisfacción	Interpretación
Caso 1	17	30%	Muy baja (≈30% satisfacción)
Caso 2	43	77%	Alta (≈77% satisfacción)

Resultados Observacionales

Debido a la importancia que Caballo (2007) otorga a los elementos conductuales observables, y dado que algunos de ellos constituyen componentes fundamentales de las HHSS, estos fueron los indicadores observados durante las sesiones de intervención con las participantes. Según este autor, dichos componentes se clasifican en: componentes no verbales (mirada, latencia de la respuesta, sonrisas, gestos, expresión facial, posturas, distancia/proximidad...); componentes paralingüísticos (tono de voz, volumen, claridad, velocidad, tiempo de habla, fluidez del habla...); componentes verbales (preguntas, razones, explicaciones, iniciar la conversación...); y componentes mixtos (afecto, conducta positiva espontánea, escoger el momento apropiado, saber escuchar...).

Caso 1

En la primera sesión (presentación y administración de cuestionarios), María se mostró inicialmente reservada y tímida en la interacción con el grupo: su contacto visual fue limitado, incluso cuando se le hablaba directamente solía mirar hacia otro lado o con la cabeza inclinada hacia abajo. Su intervención verbal fue escasa, contestando con brevedad a las preguntas que se le hacían.

A medida que la sesión avanzaba y se creaba un entorno de mayor comodidad y confianza gracias a dinámicas centradas en preferencias, gustos e intereses personales, se observó un ligero cambio en su implicación. María empezó a sentir curiosidad y entusiasmo por el espacio físico en el que nos encontrábamos, en particular por algunos objetos presentes en la sala, lo que favoreció momentos de interacción espontánea y un creciente interés.

Con respecto a la administración de los instrumentos, la paciente completó los ítems con rapidez, respondiendo de manera ágil y sin aparentes problemas para entender las preguntas. Sin embargo, la velocidad de respuesta podría señalar una tendencia a terminar rápidamente el cuestionario, respondiendo de manera poco reflexiva en lugar de pensar cuidadosamente sobre cada ítem.

En la segunda sesión María, se implicó muy bien en la actividad de las emociones, identificándolas todas adecuadamente y poniendo ejemplos de su vida cotidiana. Pudo detectar las circunstancias que le generaban más vergüenza, como equivocarse delante de la clase y hablar en público, siendo colocadas estas en el centro del radar. Situaciones como que alguien

te mire, entrar sola a un grupo, subir una foto a historias de Instagram y leer en voz alta, fueron ubicadas en un nivel más alejado al radar, lo que indica que, aunque les genera vergüenza, la intensidad es menor comparadas con las que se encuentran en el radar. Como situación más distante al radar expuso: hablar algo de nosotras en este grupo, lo que señala buena cohesión y clima de confianza. Igualmente, se observa que la participante reconoce la intensidad con la que siente estas emociones y tiene la capacidad para distinguir en distintos grados de vergüenza. Mantuvo su tendencia a mirar hacia otro lado o hacia abajo cuando se le preguntaba directamente, pero a pesar de esta conducta de mirada evasiva, la participante sabía perfectamente cuando se le está hablando a ella y contestaba adecuadamente.

En la sesión 3, María presentó una actitud más abierta y participativa en comparación con las sesiones anteriores. Aunque al igual que en sesiones anteriores, fue necesario hacer preguntas directas para fomentar su expresión, en esta ocasión mostró una mayor disposición a colaborar en las actividades y reflexiones. En la dinámica del círculo social, la participante verbaliza *"Prefiero estar sola"*. Esto refleja su tendencia hacia la introversión o su percepción de que los vínculos cercanos no son tan significativos. Podría indicar también un nivel de dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales íntimas. De hecho, en la actividad del círculo de la amistad, no incluyó a su familia en el círculo más próximo, sin embargo, tras la reflexión grupal, cambia su respuesta. Cabe destacar que María apenas incluyó amistades de compañerismo o grupo de amigos en los círculos.

En la sesión 4, María se sentó con el bolso encima y así permaneció todo el tiempo de taller, lo que pudo mostrar una actitud protectora. La participante supo afirmar que era capaz de oír sus propios pensamientos y tener voz interna. En la dinámica del mundo de los detectives expresó que la manera de saber lo que piensan los demás sería la empatía *"Si yo estuviese en su lugar que haría"*, lo que refleja que reconoce la importancia de la empatía en las interacciones sociales. En la dinámica de las historias sociales supo identificar adecuadamente lo que podría estar pensando la otra persona y cómo se podría solucionar. Además, expresó que algunas de las situaciones resonaban en su vida personal, no se abrió de manera abierta a compartirlas, pero indica que hubo una cierta conexión emocional a través de esta actividad.

Caso 2

En la primera sesión, Laura se mostró muy abierta, interesada por las evaluadoras y con ganas e ilusión por empezar el taller. Desde las primeras interacciones su actitud fue

colaborativa contestando extensamente y de forma desarrollada a las preguntas formuladas y mostrando voluntad para participar en las dinámicas que se presentaron.

En cuanto a la cumplimentación de los cuestionarios, Laura tomó un ritmo más pausado, necesitando un tiempo mayor para la realización de los instrumentos. Ella misma verbalizó: *“Tengo que ponerme a pensar las cosas”*. Asimismo, expresó que algunas de las preguntas le parecían complicadas de contestar. Lo que podría reflejar cierta complejidad a la hora de identificar, reflexionar o posicionarse ante cuestiones relacionadas con su experiencia personal. Durante la realización del último instrumento sobre autoestima corporal, la paciente nos preguntó acerca de un ítem, al explicárselo, ella expresó que casi no tiene amigos y que le cuesta crear nuevos vínculos sociales. Esto constituye un indicador positivo respecto al vínculo terapéutico, ya que, al ser la primera sesión, mostró gran apertura emocional.

En la segunda sesión, Laura sigue igual de participativa y abierta. En la dinámica de las emociones supo identificar todas perfectamente y detallar situaciones personales en las que se sintió de tal manera. Expresó las circunstancias que le generaban más vergüenza, como equivocarse delante de la clase y hablar en público, siendo colocadas estas en el centro del radar, lo que muestra una gran carga emocional relacionada con la exposición pública. Situaciones como que alguien te mire, entrar sola a un grupo, subir una foto a historias de Instagram y leer en voz alta, fueron ubicadas en un nivel más alejado al radar, lo que indica que, aunque les genera vergüenza, la intensidad es menor comparadas con las que se encuentran en el radar. Como situación más distante al radar expuso: hablar algo de nosotras en este grupo, lo que señala buena cohesión y clima de confianza. Se observa que la participante reconoce la intensidad con la que siente estas emociones.

Laura durante la reflexión grupal sobre las emociones más complejas como la ansiedad y la vergüenza que suelen dar la cara y aparecer con más intensidad a raíz de la adolescencia, hizo verbalizaciones tales como *“Soy más consciente ahora de las cosas, me doy más cuenta”*, *“Se me hace todo más pesado”*. Esto muestra una inclinación hacia la autorreflexión y refleja que está empezando a identificar como sus emociones afectan e impactan en su vida cotidiana, especialmente en esta etapa de la adolescencia en la que se encuentra.

En la sesión 3, supo definir adecuadamente en que consiste la amistad y diferenciar entre buen y mal amigo. En la dinámica de los círculos de la amistad tuvo dificultades para colocar a las personas en los círculos correspondientes. Se observaba una falta de claridad en

como percibe y categoriza a las personas. En esta sesión, se confirma con las anteriores, que la participante suele tener una actitud de complacencia y le gusta agradar a las evaluadoras y al grupo.

En la sesión 4, Laura sigue manteniéndose en su línea de participativa y comunicativa durante toda la hora del taller. La participante afirmó que era capaz de oír sus propios pensamientos y tener voz interna. En esta sesión fue bastante reflexiva, tras la pregunta de cómo podemos saber que piensan las otras personas, respondió *"el cuerpo, por ejemplo, si esta tensionado"* y *"la voz, contenta o triste"*, lo que refleja una buena comprensión de los signos no verbales. En la dinámica de las historias sociales supo identificar adecuadamente lo que podría estar pensando la otra persona y cómo se podría solucionar, además de reconocer cómo el contexto influye en los pensamientos y emociones, identificando correctamente qué pensaría cada persona en un contexto diferente.

Laura expuso diversas vivencias personales que le resonaron con las situaciones sociales que les presentamos en las historias. *"Me ocurrió esto con unos tontos del pasillo en clase"*, dijo mencionando una de las historias. Asimismo, relató una experiencia en la que sus amigas le pidieron que dejara de ser su amiga, lo cual muestra una situación difícil a nivel emocional que le provocó sufrimiento. Otro momento molesto que describió fue cuando se sintió presionada a pedir perdón por no romper la amistad con 2 amigas, aunque no sintiese de verdad disculparse. Estas vivencias reflejan una alta carga emocional en sus relaciones sociales.

Por todo ello, a nivel observacional, se encontraron patrones de comportamiento algunos congruentes y otros no tanto con los resultados obtenidos en los cuestionarios:

María se mostró inicialmente tímida, con escaso contacto visual y propensión a eludir la participación espontánea, aunque su involucramiento en las sesiones fue aumentando gradualmente, también expresaba situaciones de vergüenza social y una tendencia al aislamiento y estar sola. Es por estos indicadores observados que no se ven los mismos resultados con respecto a su alta puntuación en el cuestionario de habilidades sociales, lo que podría indicar una posible discrepancia entre la competencia percibida y la efectuada en un contexto real. Por otro lado, Laura, desde el comienzo de las sesiones se mostró más abierta y participativa, aunque expresó dificultades para establecer relaciones sociales, vivencias poco agradables con amistades, además de sentir vergüenza en ciertas situaciones cotidianas, lo que refleja la congruencia con su baja puntuación en el cuestionario de habilidades sociales.

Tabla 3*Resumen de Indicadores observacionales de habilidades sociales basados en Caballo (2007)*

Componentes observacionales	Caso 1	Caso 2
Componentes no verbales	Escaso contacto visual, tendencia a mirar hacia abajo, postura cerrada y reservada, expresión facial limitada y baja espontaneidad conductual.	Contacto visual frecuente, postura abierta y orientada hacia las evaluadoras. Mayor expresividad facial y gestual.
Componentes paralingüísticos	Tono de voz bajo, respuestas breves y latencia de respuesta más prolongada. Participación verbal menos espontánea, necesitando preguntas directas para intervenir.	Tono de voz elevado y fluido, mayor espontaneidad verbal y tiempo de habla muy prolongado. Expresión verbal más espontánea.
Componentes verbales	Dificultades para iniciar conversación de forma espontánea, menor tendencia a compartir experiencias personales y participación más limitada en las dinámicas grupales.	Mayor facilidad para expresar pensamientos y experiencias personales tanto positivas como negativas. Bombardeo a preguntas y tendencia a buscar interacción y validación emocional.
Componentes mixtos	Actitud inicialmente inhibida y reservada. Escucha activa adecuada y buena disposición en las actividades.	Conducta positiva y participativa durante las sesiones. Mostró interés por agradar socialmente y por mantener vínculos interpersonales. Escucha activa adecuada y muy abierta a las dinámicas.

Eficacia e Implementación de la Intervención

La eficacia de la intervención se vio limitada debido a la interrupción del programa antes de su finalización, por ello, no fue posible llevar a cabo la evaluación post-test programada para la última sesión del programa que posibilitaba el análisis de cambios cuantitativos en las variables escogidas.

En el plano cualitativo, se notaron pequeños progresos en el involucramiento y la apertura emocional, no obstante, debido a la discontinuidad del tratamiento, no se puede

asegurar que estos cambios puedan considerarse concluyentes ni atribuibles de manera directa a la intervención.

En este sentido, los resultados no permiten determinar la efectividad del programa de intervención, quedando condicionado este aspecto por factores externos a las evaluadoras como la asistencia y adherencia al tratamiento.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio permiten ofrecer una aproximación a las características socioemocionales de jóvenes con Síndrome de Turner, así como a los desafíos encontrados a la hora de la implementación de la intervención grupal en esta población.

En primer lugar, los resultados de los cuestionarios pre-test indican que existen perfiles distintos entre las participantes. El Caso 1 presentó niveles bajos de autoestima general y corporal, junto con una aparente habilidad social excelente, en cambio, el Caso 2, mostró una autoestima general y corporal alta, aunque dificultades para desenvolverse socialmente.

Por otro lado, en los resultados cualitativos, se observan en común dificultades en las habilidades sociales y cognición social. Estos resultados son consistentes con lo que dice la literatura, que indica que el síndrome de Turner comparte similitudes en cuanto a las dificultades sociales e interacción interpersonal (Hong et al., 2011). Aunque las participantes presentan estilos conductuales diferentes: María con un perfil más reservado e inhibido y Laura inclinado a más activo y a agradar a los demás, ambas muestran las mismas dificultades sociales típicas del síndrome de Turner encontrado en la bibliografía.

Tras este estudio piloto, se puede manifestar que la intervención grupal en este contexto no resultó viable, ya que no se mantuvo la adherencia al tratamiento. Este hallazgo, en lugar de ser considerado un fracaso, brinda información importante acerca de los requisitos necesarios para llevar a cabo este tipo de programas con esta población. A continuación, se exponen las principales hipótesis que podrían explicar la falta de adherencia observada:

En primer lugar, la frecuencia inconsistente de las sesiones constituyó un factor contribuyente significativo. Aunque el diseño inicial del programa era quincenal, esta planificación no pudo sostenerse por problemas de compatibilidad entre los días festivos, los calendarios de las evaluadoras y los días laborables de estas. Como consecuencia, las sesiones se espaciaron de manera irregular, sin seguir la periodicidad prevista que hubiese favorecido la motivación continua de las adolescentes. Este patrón de sesiones espaciadas resultó en una falta

de cohesión y en una pérdida de ritmo en el proceso terapéutico. En el caso de las participantes, tuvieron dificultades para sostener el compromiso a largo plazo debido a la falta de dicha estructura constante.

En segundo lugar, esta población con Síndrome de Turner presenta con frecuencia problemas médicos debido a su condición, lo que se tradujo en ausencias recurrentes a lo largo del desarrollo del estudio. A esto se sumaron compromisos personales y familiares que también dificultaron una asistencia regular. Dado el tamaño reducido de la muestra, estas ausencias tuvieron un impacto especialmente significativo en el desarrollo del programa, debido a que cuando alguna participante no podía asistir, la sesión de ese día debía cancelarse en su totalidad, lo que agravó aún más la irregularidad ya existente y dificultó que las adolescentes mantuvieran un compromiso sostenido con el proceso.

Por otro lado, conforme las adolescentes avanzan en su desarrollo, empiezan a construir un autoconcepto más sólido, ya deciden por ellas mismas, es decir, hay menos implicación familiar. Esto ha podido generar que la influencia de programas externos como este taller grupal pierda fuerza. La literatura señala que la implicación continua de los padres en el tratamiento tiene un efecto positivo en la generalización y mantenimiento de las habilidades sociales en adolescentes con TEA. Se ha demostrado que es esencial para el éxito de las intervenciones, así como para la consolidación a largo plazo de lo aprendido en habilidades sociales (Laugeson et al., 2012).

Asimismo, es posible que las adolescentes no sean conscientes de cómo la baja autoestima o falta de habilidades sociales impactan negativamente en sus vidas diarias, lo que podría reducir su motivación para asistir a las sesiones o para comprometerse completamente con el programa, especialmente cuando no perciben que el malestar influya considerablemente en su día a día o no lo consideren una necesidad inmediata. A ello se añade la resistencia al cambio, identificada como un síntoma principal de personas con TEA (Fisher et al., 2019). Dado que el Síndrome de Turner comparte características cognitivas y conductuales con este perfil, es probable que esta tendencia a la rigidez obstaculice el compromiso con intervenciones externas, como el presente taller.

A pesar de las dificultades encontradas en lo que respecta a la adherencia al tratamiento y la falta de continuidad en las sesiones, se logró determinar que el enfoque grupal tuvo un efecto beneficioso en las participantes, sobre todo en términos del desarrollo de las habilidades sociales y el interés por establecer nuevas amistades dentro del grupo. Si bien el impacto fue

más notable en una de las participantes, pero en ambos casos se evidenció el efecto favorable de estar en grupo hablando de sus vivencias y experiencias que muchas de ellas eran compartidas. Esto indica que el formato grupal fue eficaz para promover la interacción social en un ambiente seguro y controlado, además de sentirse acompañadas en las dificultades sociales, académicas y personales (vergüenza, autoestima, inseguridad). Esto concuerda con la literatura existente sobre los múltiples beneficios que aporta los factores psicoterapéuticos, tales como la universalidad, el sentimiento de pertenencia, el intercambio de experiencias, la conexión con otros, la cohesión, el apoyo mutuo y el aprendizaje interpersonal (Yalom y Leszcz, 2005).

A partir de lo expuesto anteriormente, se identifican diversas áreas de mejora que incluyen:

La flexibilidad y adaptabilidad en la programación de las sesiones y horarios, ofreciendo alternativas de días y horarios para adaptarse mejor a la disponibilidad de las participantes. Al permitir que las adolescentes no se sientan abrumadas por otras obligaciones, como el colegio, actividades extraescolares o compromisos, esto podría ayudar a mejorar la asistencia y continuidad del programa.

Intervenir a edades más tempranas posibilitaría que se trabajara en la autoestima y habilidades sociales antes de que los problemas sociales y emocionales se afirmen, lo cual podría conllevar una integración más exitosa. Además de que, en esta edad, la implicación familiar tiene mucho mayor peso, ayudando y contribuyendo esto a la asistencia al programa y adhesión al tratamiento. También tendría un abordaje preventivo, así, el peligro de que los problemas de autoestima y habilidades sociales aumenten y se tornen más complicados de tratar durante la adolescencia tardía disminuiría.

Limitaciones

En primer lugar, una de las principales limitaciones de este estudio es el tamaño pequeño de la muestra (N=2), el cual restringe la posibilidad de generalizar los resultados. A pesar de que la población con Síndrome de Turner es, por su naturaleza, reducida a causa de la escasa prevalencia del trastorno, una muestra de 2 - 4 participantes es relativamente grande dentro de este contexto particular. No obstante, la magnitud de la muestra impide que los resultados pudieran generalizarse debido a la falta de representatividad.

En segundo lugar, la baja adherencia de las participantes al tratamiento representa una limitación central y un obstáculo importante, ya que las faltas de asistencia reiteradas de estas jóvenes a las sesiones hicieron que el programa tuviera que suspenderse y no se desarrolló de forma adecuada y programada. La interrupción de la intervención impidió que se administrase los cuestionarios post-test, lo cual imposibilita la evaluación de las variaciones en las variables investigadas.

Para investigaciones futuras, sería recomendable:

- Aumentar el tamaño de la muestra y garantizar una mayor continuidad de la intervención, es decir, si alguna participante no acude algún día a la sesión, al tener un amplio número de participantes no afectaría de manera significativa al grupo.
- Tras las limitaciones observadas, puede ser conveniente comenzar las intervenciones en edades más tempranas, cuando los problemas socioemocionales aún no se han consolidado completamente y la intervención tiene más potencial preventivo. Asimismo, en este periodo las participantes tienen mayor control parental para animarlas a acudir a las sesiones y ayudar a la adherencia al tratamiento. Resaltando la importancia de la motivación y compromiso continuo en futuros programas de intervención con esta población.
- Se observó que la programación de las sesiones los viernes, interfirió con los compromisos familiares y personales, añadiendo también los problemas de salud de las participantes, afectando así a la asistencia y adherencia al tratamiento. Por lo tanto, se sugiere que los días de sesiones no coincidan con el fin de semana incluido el viernes, de modo que se integren en la rutina semanal de las participantes para favorecer el factor asistencia.
- Favorecer la implicación familiar, ya que es un factor que optimiza el impacto y la participación del taller. Además de, como se ha citado anteriormente, contribuir positivamente a la generalización y mantenimiento de las habilidades sociales, mostrándose esencial para el éxito de las intervenciones, así como para la consolidación a largo plazo de las habilidades sociales.

Referencias

- Aguilar, M. J., Zabala, M. L., López Morales, H., Urquijo, S., y López, M. (2016). La teoría de la mente como proceso mediador del funcionamiento social. Evaluación en el Síndrome de Turner. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8(3), 0-0.
- American Psychological Association (APA). (s.f.). APA Dictionary. Recuperado el 29 de Noviembre de 2025 de <https://dictionary.apa.org/turner-syndrome>.
- American Psychological Association (APA). (s.f.). APA Dictionary. Recuperado el 29 de Noviembre de 2025 de <https://dictionary.apa.org/social-skills>.
- Beltrán-Garrayo, L., Mercado-Garrido, E., Román, F. J., Rojo, M., y Sepúlveda, A. R. (2023, June). Assessing body esteem in adolescents: psychometric properties of the Spanish version of the body esteem scale (BESAA-S). In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 52, No. 3, pp. 683-701). New York: Springer US. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09705-w>.
- Caballo, V. E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. In *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (pp. 309-309).
- Christopoulos, P., Deligeoroglou, E., Laggari, V., Christogiorgos, S., y Creatsas, G. (2008). Psychological and behavioural aspects of patients with Turner syndrome from childhood to adulthood: a review of the clinical literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(1), 45-51. <https://doi.org/10.1080/01674820701577078>.
- Cui, X., Cui, Y., Shi, L., Luan, J., Zhou, X., y Han, J. (2018). A basic understanding of Turner syndrome: Incidence, complications, diagnosis, and treatment. *Intractable & rare diseases research*, 7(4), 223-228.
- Fisher, W. W., Felber, J. M., Phillips, L. A., Craig, A. R., Paden, A. R., & Niemeier, J. J. (2019). Treatment of resistance to change in children with autism. *Journal of applied behavior analysis*, 52(4), 974-993. <https://doi.org/10.1002/jaba.588>.
- Goldstein, S., y Reynolds, C. R. (Eds.). (2005). *Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in adults*. Guilford Press.

- Hong, D. S., Dunkin, B., y Reiss, A. L. (2011). Psychosocial functioning and social cognitive processing in girls with Turner syndrome. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(7), 512-520. doi:10.1097/DBP.0b013e3182255301.
- Hutaff-Lee, C., Bennett, E., Howell, S., y Tartaglia, N. (2019, March). Clinical developmental, neuropsychological, and social–emotional features of Turner syndrome. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol. 181, No. 1, pp. 42-50). Hoboken, USA: John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31687>.
- Jordan, T. L., Klabunde, M., Green, T., Hong, D. S., Ross, J. L., Jo, B., y Reiss, A. L. (2023). Longitudinal investigation of cognition, social competence, and anxiety in children and adolescents with Turner syndrome. *Hormones and behavior*, 149, 105300. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2022.105300>.
- Laugeson, E.A. (2013). *The PEERS Curriculum for School-Based Professionals: Social Skills Training for Adolescents with Autism Spectrum Disorder* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203102374>
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R., y Mogil, C. (2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(6), 1025-1036. DOI 10.1007/s10803-011-1339-1. DOI 10.1007/s10803-011-1339-1.
- Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*. 2007;10(2):458-467. doi:10.1017/S1138741600006727.
- Martinez-Yarza, N., Solabarrieta Eizaguirre, J., y Santibáñez Gruber, R. (2025). Social-emotional and character development scale (SECDS): validation of a Spanish version in low-income communities with racially and ethnically diverse youth. *Educational Research for Policy and Practice*, 1-23.) <https://doi.org/10.1007/s10671-025-09398-7>.

- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., y White, D. R. (2001). Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 90–106. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601_6
- Mendelson, B. K., White, D. R., y Mendelson, M. J. (1997). Manual for the body-esteem scale for adolescents and adults. *Res. Bull*, 16(2).
- Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M., y Strebkova, R. (2018). Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of sciences*, 16(2), 114-118. doi:10.15547/tjs.2018.02.007.
- Norman, M. Z., Hutaff-Lee, C., Knickmeyer, R. C., Fadoju, D., Wolstencroft, J., Hong, D. S., y Sandberg, D. E. (2025, March). Turner Syndrome and Psychosocial Interventions: Recommendations for Collaborative Communication Between Medical and School Teams. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol. 199, No. 1, p. e32134). Hoboken, USA: John Wiley & Sons, Inc..
<https://doi.org/10.1002/ajmg.c.32134>.
- Powell, M. P., y Snapp, K. R. (2005). Turner syndrome. *Handbook of Neurodevelopmental and Genetic Disorders in Adults*, 263.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), 18
- Sartori, M., Giugno, C., Burkhard, N., y López, C. (2010). Análisis Teórico Del Modelo Multidimensional del Autoconcepto, su Aplicación al Estudio en Niñas y Adolescentes con Diagnóstico De Síndrome De Turner. In *Acta del Congreso Virtual de Psiquiatría" Interpsiquis" 2010: XI edición, celebrada del 1 al 28 de febrero de 2010* (p. 15). Psiquiatría. com.
- Sartori, M. S., y López, M. C. (2016). Habilidades sociales: Su importancia en mujeres con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1055-1067. <https://doi.org/10.11600/1692715x.14212160115>.
- Sartori, M. S., Zabaletta, V., Aguilar, M. J., y López, M. (2013). Variables psicológicas troncales en el desarrollo de habilidades sociales: estudio diferencial en niñas y

- adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(2), 31-34.
- Solera, E., Gutiérrez-Gómez-Calcerrada, S., y Calmaestra, J. (2024). Self-esteem levels in a representative sample of Spanish adolescents: Analysis and standardization. *Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación*, 30(1), 39-45.
- Stoynova, H., Staynova, R., y Kafalova, D. (2025). How Does Turner Syndrome Affect Quality of Life? A Systematic Review. *Medicina*, 61(9), 1643. <https://doi.org/10.3390/medicina61091643>.
- Sybert, V. P., y McCauley, E. (2004). Turner's syndrome. *New England Journal of Medicine*, 351(12), 1227-1238. DOI: 10.1056/NEJMra030360.
- Wolstencroft, J., y Skuse, D. (2019). Social skills and relationships in Turner syndrome. *Current opinion in psychiatry*, 32(2), 85-91. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000472.
- Wolstencroft, J., Mandy, W., y Skuse, D. (2020). Experiences of social interaction in young women with Turner syndrome: A qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, 46(1), 46-55. <https://doi.org/10.1111/cch.12710>.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK.
- Zilber, A. (2017). Teorías acerca de la Teoría de la Mente. El rol de los procesos cognitivos y emocionales. *Neuropsicología Latinoamericana*, 9(3). DOI:10.5579/rl.2017.0397.

Anexos

Apéndice A

Aprobación Comité de Ética



Madrid, 19 de enero de 2026

Dictamen 050/25-26

Para: Excmo. Vicerrector de Profesorado, Investigación e Inteligencia Artificial

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "EFICACIA DE UN PROGRAMA GRUPAL DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE TURNER ENTRE 14 Y 17 AÑOS", presentado por la alumna D^a. María José Fernández Matador en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de las personas participantes en la investigación. Estas son mujeres adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años que padecen Síndrome de Turner. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación las participantes comprenderán sus emociones interpersonales y mejorarán en su capacidad de integración social. No existen riesgos sustanciales para las participantes, y contarán con apoyo psicológico si resultara necesario. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

Las participantes en el proyecto gozan de autonomía para determinar si intervienen o no en el mismo, siendo también informadas de que en cualquier momento pueden retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. Las adolescentes decidirán por sí solas si participan o no en la investigación, si bien deberán informar a sus padres, madres o tutores sobre su decisión. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de las participantes no resulte posible. La investigación es, pues, conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente

Dr. Raúl González Fabre
Secretario

Apéndice B

Consentimiento informado de las participantes

Yo, Nivea Cahn
(Nombre, apellido y DNI)

- He leído la hoja de información previa
- He podido hacer todas las preguntas que he considerado sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado, si ha sido necesario, con: Graciela Isabel Suárez y Marta Olivera Aymerich.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:

o Cuando quiera.

o Sin tener que dar explicaciones.

o Sin que esto repercuta en mi atención médica.

o Sin tener ninguna represalia.

· Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Declaro que he informado a mis padres o tutores legales sobre mi participación en este estudio

Fecha:

Firma de aceptación de la participante	Firma del Investigador Principal
<u>Nivea Cahn</u>	

Yo, Estela Gabriela GARCÍA
(Nombre, apellido y DNI)

- He leído la hoja de información previa
- He podido hacer todas las preguntas que he considerado sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado, si ha sido necesario, con: Graciela Isabel Suárez y Marta Olivera Aymerich.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:

o Cuando quiera.

o Sin tener que dar explicaciones.

o Sin que esto repercuta en mi atención médica.

o Sin tener ninguna represalia.

· Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Declaro que he informado a mis padres o tutores legales sobre mi participación en este estudio

Fecha:

Firma de aceptación de la participante	Firma del Investigador Principal
<u>Estela</u>	

Apéndice C.

Actividades de las sesiones

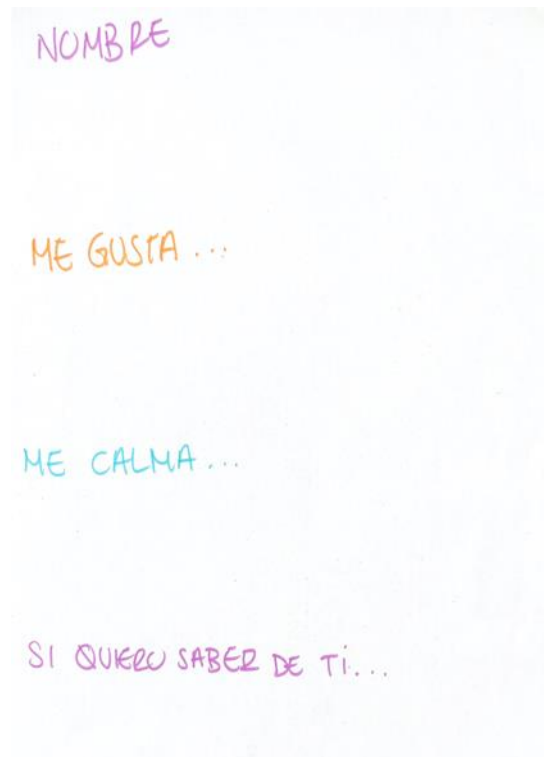
Figura 1.*Dinámica de la Sesión 1*

Figura 2.

Dinámica de la Sesión 2



¿Cómo se siente la...?

FURIA

cara roja
 dientes apretados
 puños cerrados
 sensación de calor
 cejas apretadas hacia abajo
 no escucha a los demás
 ganas de romper algo
 tono de voz muy fuerte

www.papapelo.com and and.com

¿Cómo se siente la...?

ALEGRÍA

ojos brillantes
 sonrisa natural
 risa espontánea
 ganas de abrazar
 mucha energía
 cuerpo ligero con ganas de moverse mucho
 hablar con entusiasmo
 ganas de compartir

www.papapelo.com and and.com

¿Cómo se siente la...?

ANSIEDAD

respiración acelerada
 manos inquietas
 nudo en la barriga
 no se pueden concentrar
 corazón late rápido
 nerviosismo en todo el cuerpo
 evita mirar a los ojos
 calor y sudor

www.papapelo.com and and.com

¿Cómo se siente la...?

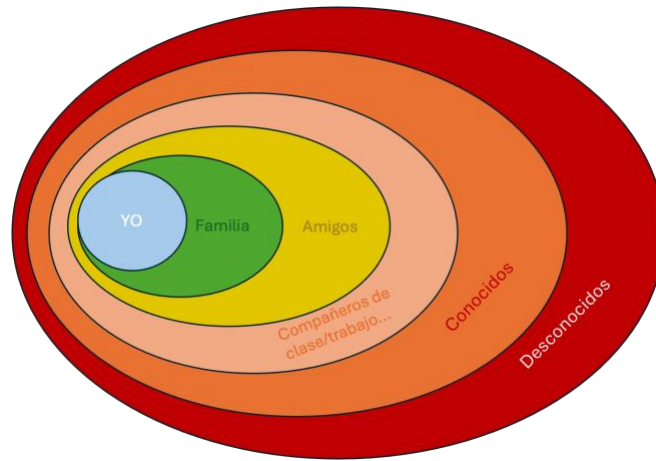
VERGÜENZA

cuerpo encogido
 quiere esconderse
 voz bajita
 no quiere que lo miren y le hablen
 no le sale la voz
 a veces hay pústulas nerviosas
 le gustaría desaparecer
 camina despacio

www.papapelo.com and and.com

Figura 3.

Dinámica de la Sesión 3



Escribe 15 personas que conozcas:

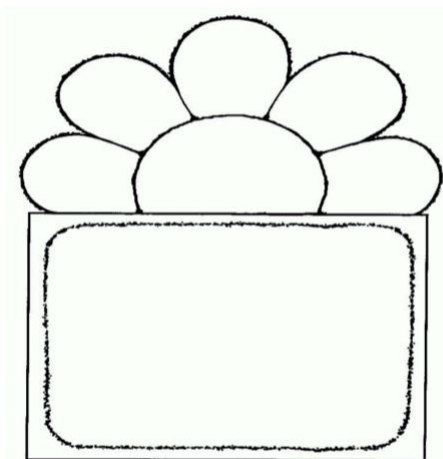


Figura 4.

Dinámica de la Sesión 4

1 El conflicto del plan después del colegio

Historia

Era viernes por la tarde y el timbre del colegio acababa de sonar. El grupo de amigas salió al patio delantero, todavía con las mochilas colgando de un hombro y hablando todas a la vez. Se notaba esa energía especial de los viernes, cuando por fin empieza el fin de semana.

Sara caminaba un poco más rápido que las demás. Miraba hacia el parking que estaba al lado del colegio, donde varios chicos ya habían empezado a jugar al fútbol. De vez en cuando sonreía sin darse cuenta.

—Oye, ¿vamos al parking? —dijo con entusiasmo—. Están jugando los de cuarto.

María, que iba a su lado, negó con la cabeza.

—No, mejor vamos al súper. Han sacado un donut nuevo de chocolate blanco y pistacho. Solo está esta semana.

Sara frunció el ceño.

—Pero al súper podemos ir cualquier día.

—¡Pero el donut no va a estar siempre! —respondió María, algo más alterada.

El resto del grupo se quedó en silencio. Miraban a una y a otra sin saber qué decir. El ambiente empezó a tensarse. Sara cruzó los brazos. María suspiró. Nadie quería ceder.

Y el viernes, que prometía ser divertido, empezaba a llenarse de incomodidad.

Ejercicio de mentalización

Qué puede estar pasando en cada mente

- **Sara:** ilusión, interés social, quizá le gusta alguien que está jugando; miedo a perderse algo importante.
- **María:** emoción anticipatoria, deseo concreto, ilusión por probar algo nuevo; sensación de que su idea no se valora.
- **Grupo:** incomodidad, presión por decidir, miedo a que haya enfado.

Riesgo si no mentalizan

Rigidez, división del grupo, resentimiento.

Preguntas para trabajar perspectiva

Exclusión pasiva.

Preguntas

- ¿Qué puede estar pensando Mariana mientras está sola?
- ¿Qué sentirías tú en su lugar?
- ¿Qué miedo puede tener el grupo?

Modelo de intervención

"Hola, ¿te apetece venir con nosotras? Estamos jugando a..."
Facilitar conversación inicial con preguntas sencillas.

2 Reaccionar a una crítica

Historia

Era primera hora de la mañana y todavía no había empezado la clase. Ana había elegido con cuidado sus pantalones nuevos. Le gustaban porque eran diferentes.

Mientras hablaba con Marta, esta la miró de arriba abajo.

—La verdad... esos pantalones son bastante feos. No te sientan nada bien. Los negros te quedan mucho mejor.

Ana se quedó quieta. Notó cómo dos compañeros giraban la cabeza para escuchar. Sintió calor en la cara. No sabía si enfadarse, reír o quedarse callada.

Marta la miraba esperando reacción.

Ejercicio de mentalización

Estados mentales

- **Marta:** cree que está siendo sincera; puede no medir el impacto.
- **Ana:** vergüenza, inseguridad.
- **Observadores:** incomodidad.

Riesgo

Humillación pública o respuesta agresiva.

Preguntas

- ¿Intención e impacto son lo mismo?

- ¿Qué es lo realmente importante para Sara?
- ¿Por qué el donut puede ser más que un simple donut para María?
- ¿Cómo se siente el grupo mientras discuten?
- ¿Existe una opción intermedia?

Modelo posible de resolución

- "Vamos primero al súper y luego al parking."
- "Hoy hacemos una cosa y mañana la otra."
- "¿Qué os apetece más a la mayoría? Y la próxima vez decide la otra."

3 Ser nueva en clase

Historia

Mariana llevaba solo tres días en el instituto nuevo. Tercero de la ESO parecía enorme comparado con su antiguo colegio. Todo era más grande: los pasillos, el ruido, los grupos de amigos ya formados.

En el recreo, se sentó en un banco cerca del patio. Fingía mirar el móvil, aunque en realidad observaba a los demás. Veía risas, abrazos, conversaciones rápidas que ella no entendía.

Un grupo de chicas la miró desde lejos.

—Es la nueva —susurró una.

—¿La invitamos?

—No sé... igual ya tiene amigas.

—O igual no encaja.

Mariana notaba las miradas. Sentía un nudo en el estómago. Quería acercarse, pero el miedo a que la rechazaran la paralizaba.

Ejercicio de mentalización

Estados mentales

- **Mariana:** ansiedad, miedo al rechazo, deseo de pertenecer.
- **Grupo:** duda, miedo a lo desconocido, presión social.

Riesgo

- ¿Cómo se puede dar una opinión sin herir?
- ¿Cómo responder sin atacar?

Modelo asertivo

Respuesta posible de Ana:

"Puede que no te gusten, pero a mí sí, y me siento cómoda con ellos."

Reformulación constructiva:

"Creo que otros te favorecen más, pero si te gustan, es lo importante."

4 Pedir disculpas tras un malentendido

Historia

Julia llevaba semanas organizando su cumpleaños. Su madre le dijo que solo podía invitar a cuatro personas.

Hizo la lista varias veces. Al final eligió a cuatro amigas de su grupo más cercano. No invitó a Martina, aunque se llevaban bien, porque no cabía nadie más.

El lunes, Martina vio las fotos en redes sociales. Sintió un vacío en el estómago. Pensó: "No soy importante para ella."

Julia se enteró de que Martina estaba molesta. Se sintió culpable. No había querido hacer daño, pero lo había hecho.

Ejercicio de mentalización

Estados mentales

- **Martina:** rechazo, tristeza.
- **Julia:** culpa, presión por elegir.

Riesgo

Distanciamiento por interpretaciones erróneas.

Preguntas

- ¿Qué historia se puede estar contando Martina?
- ¿Qué intención real tenía Julia?
- ¿Cómo se repara un vínculo?

Modelo de disculpa

"Sé que te sentiste mal y lo entiendo. Solo podía invitar a cuatro personas y fue muy difícil decidir. Me importas y no quería que pensaras que no."

3 Ofrecer ayuda sin invalidar

Historia

En clase de matemáticas, Clara llevaba varios minutos mirando el mismo problema. Borraba, volvía a empezar, suspiraba.

Su compañero de al lado ya había terminado. La miraba de reojo. Dudaba. No quería que Clara pensara que la veía incapaz.

Clara notaba que él la miraba. Se sentía frustrada y algo avergonzada.

Ejercicio de mentalización

Estados mentales

- **Clara:** frustración, amenaza a su competencia.
- **Compañero:** miedo a ofender.

Riesgo

Interpretación negativa de la ayuda.

Preguntas

- ¿Cómo ofrecer ayuda sin imponer?
- ¿Cómo aceptar ayuda sin sentirte menos capaz?

Modelo respetuoso

"Si quieres, podemos mirar el ejercicio juntos."

Respuesta:

"Sí, me vendría bien verlo de otra manera."

4 Celos en el grupo

Historia

Laura siempre había sido muy amiga de Marta y Raúl. Pero últimamente, Marta y Raúl quedaban más entre ellos. Se enviaban más mensajes. Reían por cosas que Laura no entendía.

Un día, Laura dejó de hablarles. Se sentó en otra mesa.

Marta y Raúl estaban confundidos.

Laura pensaba: "Ya no soy tan importante."

Pero nunca lo dijo en voz alta.

Ejercicio de mentalización

Estados mentales

- **Laura:** celos, inseguridad.
- **Marta y Raúl:** desconcierto, falta de conciencia del impacto.

Riesgo

Resentimiento silencioso.

Preguntas

- ¿Qué necesita realmente Laura?
- ¿Es lo mismo pasar más tiempo que querer más?
- ¿Cómo expresar celos sin acusar?

Modelo de conversación

Laura:

"Últimamente me he sentido un poco desplazada y me ha dado pena."

Marta/Raúl:

"No era nuestra intención. Nos importa seguir siendo amigos los tres."

Apéndice D

Declaración Uso de Herramientas de Inteligencia Artificial

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: Taller de Habilidades Sociales en adolescentes con Síndrome de Turner. Estudio de caso múltiple pre-post

Autor/a: María José Fernández Matador

DNI/Alumno/a: 29538550H

Nombre del Director/a de TFM: Graciela Isabel Suárez Fuenmayor

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]. Se utilizó Chatgpt para facilitar la comprensión de textos de artículos seleccionados que alomejor estuvieran escrito con tecnicismos.

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM]. Se utilizó Chatgpt y Claude para generar fragmentos de textos a partir de mis ideas, principalmente en apartados como la discusión y elaboración de sesiones. Todos los textos generados fueron revisados, editados y adaptados por el autor del TFM, modificando palabras, frases y el estilo para garantizar la coherencia académica y originalidad. También se ha usado en ciertos momentos para obtener algunas palabras o nexos de unión entre frases más coloquiales.

Otros (especificar): [_____]

-Explica *qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.*

Todos los artículos y textos seleccionados fueron buscados y leídos por mí personalmente. Proporcioné a la IA una idea o contexto específico sobre el contenido del texto, de manera que cualquier fragmento generado o resumido pudiera ser contrastado y validado con la información original.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:  _____

Fecha: 13/05/2026